

**INFLUENZA VACCINE (IIV/RIV) CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD 2019-2020**

Medicaid Uninsured Underinsured Insured Native/Alaskan American WY  
Resident Non-Resident

<u>Age Group</u>	<u>Dosage Schedule</u>
9 Years and older	0.5ML: One dose
3-8 Years	0.5 ML: One dose*
6 Months - 35 Months	0.25 ML or 0.5 ML: One dose*†
* For children younger than 9 years of age, refer to the 2019 ACIP Recommendations to determine the need for one or two doses. If two doses are needed, separate the doses by at least 4 weeks.	
†Dosage for age may vary by brand of vaccine. See package insert.	

**INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRA LA VACUNA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Por Correo \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES?**

1. ¿Ha recibido la vacuna de gripe antes? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
2. ¿Ha tenido problemas con las vacunas de gripe anteriores? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
3. ¿Está enferma hoy? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
4. ¿Tiene alergias de huevos o Thimerosal Mercury? (un conservante de medicinas)  
 (Por favor conteste "No" a la alergia de los huevos si usted puede comer comida con huevos) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
5. ¿Tiene un historia del síndrome de Guilliam-Barre? (un problema neurológico) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
6. ¿Si tiene menos de 9 años de edad, a recibido la vacuna antes? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
7. ¿Ha recibido la vacuna de neumonia? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Que año? PPSV23 \_\_\_\_\_ PCV13 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PAGO:**

Medicare# \_\_\_\_\_ Medicaid# \_\_\_\_\_

Otra fuente de pago: \_\_\_\_\_ **PAGÓ CON: EFECTIVO** \_\_\_\_\_ **CHEQUE #** \_\_\_\_\_

Información del seguro médico					
Compañía de seguros principal			Compañía de seguros secundaria		
Dirección postal de la compañía de seguros	Ciudad	Estado/C.P.	Dirección postal de la compañía de seguros	Ciudad	Estado/C.P.
Nombre del titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza		Nombre del titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza	
FDN del titular de la póliza:	Sexo del titular de la póliza:		FDN del titular de la póliza:	Sexo del titular de la póliza:	
Póliza #	Grupo #		Póliza #	Grupo #	

Yo he leído, o me han explicado, la Declaración de Información sobre la Vacuna (VIS, por sus iniciales en inglés) acerca de la enfermedad neumocócica y la vacuna neumocócica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo pienso que yo entiendo riesgos y los beneficios de la vacuna neumocócica y solicito que me pongan la vacuna a mí o a la persona mencionada arriba a nombre de quien yo estoy autorizado para tomar decisiones (padre o tutor legal). Si califico(a), yo autorizo que se le pase la cuenta a Medicare, Medicaid, mi compañía de seguros, o mi empleador. Yo he recibido y he leído la Notificación de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se va a usar mi información.

Nombre en letra imprenta del padre/tutor legal, si es diferente al cliente: \_\_\_\_\_

Firma del cliente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA EL USO DE LA CLÍNICA**

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_ VIS DATE: AUGUST 15, 2019

DATE VACCINE ADMINISTERED: \_\_\_\_\_ DATE BOOSTER REQUIRED: \_\_\_\_\_

VACCINE MANUFACTURER & LOT NUMBER: \_\_\_\_\_ IIV3 IIV4 RIV4

SITE OF IM INJECTION: RDT OR LDT OR \_\_\_\_\_ DOSE: 0.5ML 0.25ML

SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR: \_\_\_\_\_

NURSE'S COMMENTS: \_\_\_\_\_